

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1903

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 12 novembre 1903, à 1 heure

PAR

Charles FATOUT

DES TROUBLES

Produits chez les nourrissons

PAR LA SURALIMENTATION

Président : M. CHANTEMESSE, professeur

Juges : MM. HUTINEL, professeur

MÉRY et GOUGET, agrégés.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

H. JOUVE

15, rue Racine, 15

1903

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.....		M. DEBOVE.
Professeurs.....		MM.
Anatomie.....		P. POIRIER
Physiologie.....		CH. RICHET.
Physique médicale.....		GARIEL.
Chimie organique et Chimie minérale.....		GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....		BLANCHARD
Pathologie et thérapeutique générales.....		BOUCHARD
Pathologie médicale.....		HUTINEL.
Pathologie chirurgicale.....		BRISSAUD.
Anatomie pathologique.....		LANNELONGUE
Histologie.....		CORNIL.
Opérations et appareils.....		MATHIASDUVAL
Pharmacologie et matière médicale.....		BERGER.
Thérapeutique.....		POUCHET.
Hygiène.....		GILBERT.
Médecine légale.....		PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....		BROUARDEL
Pathologie expérimentale et comparée.....		DEJERINE.
		CHANTEMESSE.
		HAYEM.
		DIEULAFOY.
Clinique médicale.....		DEBOVE.
		LANDOUZY.
		GRANCHER.
Maladie des enfants.....		JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....		GAUCHER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....		RAYMOND
Clinique des maladies du système nerveux.....		TERRIER.
		DUPLAY.
Clinique chirurgicale.....		LE DENTU.
		TILLAUX.
Clinique ophtalmologique.....		DE LAPERSONNE.
Clinique des maladies des voies urinaires.....		GUYON.
Clinique d'accouchements.....		BUDIN.
Clinique gynécologique.....		PINARD.
Clinique chirurgicale infantile.....		POZZI.
		KIRMISSON.
Agrégés en exercice.		
MM.		
ACHARD	FAURE	LEGUEU
AUVRAY	GILLES DE LA	LEPAGE
BESANÇON	TOURETTE	MARION
BONNAIRE	GOSSET	MAUCLAIRE
BROCA (Aug.).	GOUGET	MERY
BROCA (André)	GUIART	POTOCKI
CHASSEVANT	HARTMANN	REMY
CUNEO	JEANSELME	RENON
DEMELIN	LANGLOIS	RICHAUD
DESGREZ	LAUNOIS	RIEFFEL (chef.
DUPRE	LEGRY	des travaux anat.)
		TEISSIER
		THIERY
		THIROLOIX
		THOINOT
		VAQUEZ
		WALLICH
		WALTHER
		WIDAL
		WURTZ

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE VÉNÉRÉE DE MON PÈRE

ET

A MA MÈRE

A MONSIEUR LE DOCTEUR BARBIER

Médecin de l'Hôpital Hérold

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR CHANTEMESSE

Professeur de Pathologie expérimentale et comparée à la

Faculté de Médecine de Paris.

Médecin de l'Hôpital du bastion 29

Membre de l'Académie de Médecine

Officier de la Légion d'Honneur

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

M. le Docteur DEMOULIN, chirurgien des Hôpitaux.

M. le Docteur DUGUET, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris, Médecin honoraire des Hôpitaux, Membre de l'Académie de Médecine, Officier de la Légion d'Honneur.

M. le Docteur GALLOIS.

M. le Docteur PÉRIER, Chirurgien honoraire des Hôpitaux, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris, Membre de l'Académie de Médecine, Officier de la Légion d'Honneur.

M. le Docteur ROCHARD, Chirurgien de l'Hospice d'Ivry.

M. le Docteur MATHIEU, Médecin de l'Hôpital Andral.

M. le Docteur DU CASTEL, Médecin de Saint-Louis Membre de l'Académie de Médecine.

M. le Docteur DOLERIS, Accoucheur de l'Hôpital Boucicaud.

M. le Docteur BARBIER, Médecin de l'Hôpital Hérold.

*En témoignage de respectueuse
sympathie.*

DES TROUBLES
PRODUITS CHEZ LES NOURRISSONS
PAR LA SURALIMENTATION

INTRODUCTION

Lorsqu'on interroge les parents sur la façon dont sont nourris les enfants qu'ils amènent à l'hôpital pour des troubles dyspeptiques, on constate que ces enfants reçoivent presque toujours des quantités d'aliments supérieures aux doses régulières, et souvent même des aliments qui ne conviennent en aucune façon à leur âge ; il est des enfants qui ont à peine ou qui n'ont pas même encore atteint l'âge du sevrage et de qui les parents répondent lorsqu'on les interroge à ce sujet : « Il mange comme nous ».

Au cours de notre année d'externat à l'hôpital Hérold, l'extrême fréquence de ces faits qui abou-

tissent trop souvent à la mort des enfants et en tous cas les mettent toujours en état d'infériorité pour lutter contre toutes les causes d'infection, avait particulièrement attiré l'attention de notre chef de service M. le docteur Barbier. Après avoir étudié tous les premiers signes, grâce auxquels on peut dépister les troubles du début, il nous a montré comment on pouvait rattacher à ces troubles les phénomènes beaucoup plus graves qui apparaissent lorsque les fautes commises sont continuées plus longtemps ; enfin il nous a fait souvent constater qu'il suffisait de donner aux enfants une nourriture convenable pour arrêter toute la série des accidents.

Nous remercions notre maître qui nous a autorisé à exposer ici succinctement ces phénomènes morbides dans l'ordre où il les a classés lui-même et à présenter quelques-unes de ses observations.

Nous considérons comme suralimentation toute dose alimentaire dépassant la quantité strictement suffisante pour l'accroissement régulier de l'enfant.

Les phénomènes pathologiques imputables à une mauvaise alimentation des nourrissons, soit par l'allaitement artificiel au biberon, soit par l'allaitement normal, au sein, mais trop copieux, s'observent à des degrés différents.

1° Les premiers qui apparaissent, peu graves, dus à ce que l'enfant ne peut digérer l'excès d'aliment qu'on lui fait prendre, sont d'*ordre digestif*, proprement dit. Ces faits constituent pour ainsi dire la physiologie de la suralimentation ; plutôt que de véritables accidents, ils sont les signes qui décèlent cette suralimentation et préviennent des accidents plus graves qui vont leur succéder.

2° Comme conséquence immédiate de l'irritation et des lésions produites sur le tube intestinal par les phénomènes précédents, les aliments ne sont plus ou sont mal digérés, leur utilisation ne peut se faire normalement et on voit apparaître *des symptômes dus à des troubles de nutrition*.

3° Enfin il existe *des troubles éloignés*, dus aux altérations produites à ce moment sur les viscères, et surtout à la dégénérescence du foie que l'on retrouve à toutes les autopsies, ces altérations plaçant l'enfant dans des conditions de résistance difficile aux infections venues de l'intestin.

I. PHÉNOMÈNES DIGESTIFS

A l'état normal, après avoir tété, l'enfant s'endort tranquillement.

RÉGURGITATIONS PRÉCOCES

Après une tétée trop abondante au contraire, il est plongé dans une sorte de torpeur, il est gêné pour respirer par son estomac trop distendu et il se met à crier, puis si on le pose dans son lit ou même s'il reste debout il rend lentement, sans effort une partie du lait qu'il a pris et il se trouve un peu soulagé par cette régurgitation dite « régurgitation précoce » de lait non caillé.

Enfin, au lieu de reposer tranquillement, l'enfant qui vient de prendre une trop grande quantité de lait reste agité, pousse des cris, ne peut s'endormir ou se réveille à chaque instant.

RÉGURGITATIONS TARDIVES.

La conséquence immédiate de cette surdistension de l'estomac est un affaiblissement des contractions de sa tunique musculeuse, d'où un retard

dans l'évacuation du contenu stomacal et une stase alimentaire produisant parfois des régurgitations tardives ; l'enfant rejette cette fois le lait caillé, sous forme de grumeaux blancs mêlés à une sérosité gastrique plus ou moins abondante.

Mais pendant que persistent plus ou moins longtemps ces phénomènes de retard dans l'évacuation du contenu stomacal, l'heure d'une autre tétée peut arriver et si l'enfant absorbe encore du lait, avant que l'estomac ne soit vidé, toute la série des accidents recommence plus intense. On voit donc combien il est important que les tétées soient suffisamment espacées les unes des autres.

TROUBLES INTESTINAUX PROPREMENT DITS.

Les troubles intestinaux qui appartiennent à la période que nous étudions en ce moment et qui précède celle des accidents graves (putréfaction, infections intestinales, avec douleur abdominale, météorisme, gros ventre) sont la stase et la diarrhée intestinale homologue de celle qui se produit dans l'estomac, c'est-à-dire la constipation.

DIARRHÉE.

Expérimentalement M. Maure a montré (1) que la suralimentation pouvait suffire à produire la diarrhée, il l'a fait apparaître et disparaître à volonté chez des animaux en augmentant ou en diminuant leur ration d'entretien.

Chez les enfants le nombre de ces selles pathologiques est variable, depuis trois à quatre par jour, jusqu'à, souvent beaucoup plus. Elles sont plus ou moins liquides, ne contiennent pas encore de mucosités, ou de fausses membranes comme cela pourra se produire plus tard, lorsque les troubles toxi-infectieux apparaîtront. Leur couleur est variable parfois se rapprochant de la couleur jaune des selles normales, elles sont plus souvent décolorées, se rapprochent des selles complètement blanches que l'on observera lorsque les accidents auront entravé le fonctionnement du foie, elles contiennent des grumeaux blanchâtres, parfois du lait non digéré ; leur caractéristique est de cesser facilement en même temps que la suralimentation.

(1) Diarrhée expérimentale de suralimentation. Congrès de Paris 1900. Archives de médecine navale 1901. Hygiène alimentaire du nourrisson.

CONSTIPATION.

Chez d'autres enfants, ou chez les mêmes, mais un peu plus tard, on observe une constipation plus ou moins opiniâtre. Au lieu des deux ou trois selles normales par jour, l'enfant n'en a plus qu'une tous les jours ou tous les deux jours. Elles sont alors épaisses, pâteuses, semblables à du mastic, quelquefois moulées. Cet état qui s'observe de temps en temps chez des enfants nourris au sein est presque constant chez tous ceux qui sont nourris au biberon parce que ceux-ci sont tous suralimentés.

AUGMENTATION DU POIDS ET DU VOLUME DES SELLES.

En même temps qu'est diminué le nombre des selles, on peut constater un fait extrêmement important, c'est que le poids de chacune d'elles et son volume sont augmentés.

Cette augmentation des résidus de la digestion montre bien que la quantité des aliments introduits a été trop grande eu égard à la quantité des ferments digestifs avec lesquels ces aliments se sont

trouvés en présence, aussi une partie d'entre eux sont restés non digérés.

Mais il y a encore à l'augmentation du poids des fèces une autre raison très importante, et c'est à cause de celle-ci que ce fait devient constant chez les enfants nourris au lait de vache. En effet la composition chimique de la caséine du lait de femme est différente de celle du lait de vache, et tandis que le premier est utilisable dans la proportion de 96 à 99 o/o le second ne l'est plus que à raison de 94 o/o (1) : d'où augmentation des résidus.

A cette augmentation de poids des déchets azotés, s'ajoute une augmentation du poids des sels minéraux surtout des sels de chaux et du phosphore. Knopfmacher prétend (2) que la quantité de phosphore que l'on trouve dans les selles d'enfants nourris avec du lait de vache est dix fois supérieure à celle qui existe dans les selles des enfants nourris au sein.

Cliniquement cette augmentation de poids des résidus se reconnaît à l'augmentation de leur volume et à leur consistance pâteuse (celle-ci, signifiant que la quantité d'eau étant moindre la quantité

1. Gauthier. *Chimie biologique*. — Marfan. *Traité de l'allaitement*.

2. *Centralblatt für innere medicin*, 1899.

réelle des excréta est plus considérable pour une même masse totale).

Il faut se rendre compte, en effet, qu'il est difficile de préciser le poids absolu des selles, que celui-ci varie d'un enfant à l'autre selon leur capacité digestive, qu'il varie aussi suivant la nature et la qualité du lait employé ; pourtant, on peut admettre en moyenne que le poids des fèces doit être de trois à cinq grammes par kilogramme de poids du corps.

Ce symptôme est donc difficile à apprécier d'une façon absolue et c'est surtout par comparaison, lorsqu'on verra le volume et la consistance des selles se modifier chez un enfant qui avait auparavant des selles normales, qu'il faudra attacher à ce fait une grande importance. Ce symptôme se rencontre parfois lorsque, trouvant la nourrice d'un enfant insuffisante, on lui en donne une autre dont le lait est plus abondant et surtout si l'enfant de cette dernière est beaucoup plus âgé que le nourrisson qu'elle prend, mais c'est surtout, comme nous le signalerons dans plusieurs observations, lorsqu'on remplace brusquement l'allaitement au sein par l'allaitement artificiel que l'on voit apparaître toute la série de ces accidents.

2° TROUBLES DE NUTRITION

Tels sont les troubles qui apparaissent les premiers ; au cours de la suralimentation troubles légers qui sont, avons-nous dit, comme les signes révélateurs des fautes commises dans l'alimentation de l'enfant, mais lorsqu'ils ne vont pas jusqu'à l'intolérance digestive absolue, l'intestin à son tour absorbe des quantités trop considérables d'aliments et ces premiers accidents sont suivis d'autres plus graves qui retentissent sur la nutrition générale du sujet.

1^{er} *Obésité*. — La conséquence première et immédiate de l'assimilation d'une quantité trop grande d'aliments est l'augmentation excessive du gain journalier en poids ; l'augmentation excessive du poids du corps est donc un fait trompeur qui fait croire aux parents que leur enfant se porte très bien et les pousse à alimenter encore davantage leur enfant.

SURALIMENTATION AZOTÉE

Cette suralimentation qui porte à la fois sur les éléments azotés sur les graisses et les hydrocarbonés puisque le lait contient ces trois sortes d'aliments est en réalité surtout constituée par les aliments azotés lorsqu'il s'agit d'enfants nourris avec du lait de vache, étant donné que ce lait est deux fois plus riche en substances azotées que le lait de femme.

Que se passe-t-il donc sous l'influence de cette assimilation exagérée d'éléments azotés ? On sait que chez l'adulte la fixation d'une quantité quelconque d'azote n'est réalisable que si elle est accompagnée de l'épargne d'une quantité de graisse dix fois plus forte, pour l'enfant dont l'organisme est mieux disposé pour la fixation des matières albuminoïdes la quantité de matières grasses ainsi nécessaires est peut-être relativement moins forte mais elle existe néanmoins, d'où engraissement.

Or il est certain d'autre part que l'excès d'azote ingéré amène une désassimilation exagérée des éléments azotés de l'organisme de façon à rétablir l'équilibre azoté qui est nécessaire au bon fonc-

tionnement de cet organisme (1). Cet acte de désassimilation pour se faire régulièrement, exige un fonctionnement parfait des éléments cellulaires de l'organisme ; mais on sait que ce fonctionnement peut être troublé par différentes causes dont les plus importantes sont : 1^o l'acidité du milieu intérieur ; 2^o la toxicité de ce milieu ; 3^o la surcharge graisseuse des tissus. Ces trois conditions se trouvent présentes dans le cas de l'enfant suralimenté que nous avons en vue ; l'acidité du milieu est produite par l'excès des éléments azotés, les produits toxiques résultent de la désintégration incomplète des substances albuminoïdes et enfin la graisse, dont la fixation exagérée accompagne nécessairement, nous l'avons vu, celle d'azote, entrave par son abondance la vitalité des cellules vivantes (2).

Ainsi la suralimentation azotée produit d'abord un simple engraissement puis des troubles de nutrition grâce auxquels à cet engraissement succèdent les phénomènes d'auto-intoxication, l'amaigrissement, le mauvais aspect des malades, les affections de la peau, etc.

Quant aux substances hydrocarbonées et aux graisses absorbées en excès en même temps que

1. Lambling. Article nutrition (*in Traité de pathologie générale de Bouchard*).

2. Voir Munck et Ewald. *Traité de diététique*.

les substances azotées elles constituent des aliments d'épargne et contribuent pour leur part à produire l'embonpoint.

Si l'on remarque que la couche adipeuse sous-cutanée a pour effet de diminuer la quantité de chaleur perdue par rayonnement à la surface du corps, quantité de chaleur qui est énorme puisque à l'état normal elle représente les 90/100 des calories produites par la combustion des aliments absorbés, on comprendra que c'est surtout en été que les accidents seront à craindre ; de même qu'ils seront plus fréquents chez les enfants très chaudement vêtus et logés, ces conditions suffisant déjà par elles-mêmes à entraver le rayonnement à la surface du corps.

II° AMAIGRISSEMENT

Si les troubles dyspeptiques que nous avons étudiés à la première période atteignent une haute gravité, ils aboutissent à l'intolérance digestive et finissent par réduire notablement la quantité d'aliments absorbés réellement dans l'intestin, on observera, à la place de l'engraissement primitif que nous avons étudié, que l'enfant bien que mangeant trop, reste stationnaire en poids, ou même diminue.

Cet amaigrissement précoce se verra surtout lorsque c'est brusquement que l'enfant aura été suralimenté, car c'est dans ce cas que l'intestin non habitué, manifeste l'intolérance digestive la plus grande, comme cela se voit surtout lorsqu'un enfant nourri au sein est mis au biberon et qu'on lui donne immédiatement des quantités immodérées de lait. On en trouvera des exemples dans les observations rapportées plus loin.

Dans les autres cas l'intolérance digestive est moins absolue dès le début et ce n'est qu'après un temps plus ou moins long que les accidents commencent et que l'enfant maigrit. Cette période varie de quelques semaines à 2 ou 3 mois, elle peut être entrecoupée d'alternatives de diarrhée et de guérisons apparentes qui sont suivies d'accidents de plus en plus graves si la suralimentation continue.

L'amaigrissement peut être très considérable si l'on parcourt les observations que nous rapportons on constate les écarts de poids suivants.

OBSERVATION	I. —	Enfant de 18 mois,	poids normal 10 kil.	pèse 8 kil.	écart 2 kil.
OBSERVATION	II. —	Enfant de 10 mois,	poids normal 8 kil. 500	pèse 5 kil.	écart 3. kil.
OBSERVATION	III. —	Enfant de 3 mois,	» » 5 kil.	pèse 4 kil. 100	écart 900 gr
OBSERVATION	IV. —	Enfant de 7 mois et demi,	» 7 kil. 500	pèse 3 kil. 600	écart 3 kil.
OBSERVATION	V. —	Enfant de 3 mois	poids normal 5 kil.	pèse 4 kil.	écart 1 kil
OBSERVATION	VI. —	Enfant de 8 mois	» 7 kil. 700	pèse 5 kil. 600	écart 1 kil.

L'amaigrissement varie donc depuis 1.000 jusqu'à 4.000 grammes, mais cet amaigrissement ne

va pas sans amener une diminution considérable des échanges nutritifs, c'est-à-dire une production très amoindrie de chaleur animale, fait d'autant plus grave que dans ces cas la disparition de la couche adipeuse sous-cutanée rend la perte par rayonnement encore plus grande qu'à l'état normal.

Les symptômes cliniques résultant de ces faits sont la tendance au refroidissement, le collapsus périphérique, la diminution de la résistance vitale plaçant ces enfants dans un état de réceptivité parfaite pour toutes les infections qui peuvent se présenter. C'est alors qu'on en voit périr d'infections intestinales graves ou de complications broncho-pulmonaires comme l'enfant de l'observation, n° 4.

II. — TROUBLES ÉLOIGNÉS TOXIQUES ET NUTRITIFS RÉSULTANT A LONGUE ÉCHÉANCE DE LA SURALIMENTATION

Les troubles de nutrition que nous venons d'étudier nous ont montré qu'ils conduisaient fatalement à des phénomènes d'intoxication qui sont l'aboutissant de toute cette chaîne de phénomènes morbides. Ces derniers sont très nombreux, les uns sont peu graves par eux-mêmes, ce sont : le teint terreux du visage, l'habitus maladif de l'enfant qui au lieu d'être vif et animé reste triste, le regard atone, vague, les paupières mi-closes, le visage bouffi en même temps qu'existent d'épais bourrelets de chair au voisinage des articulations surtout aux poignets, aux coudes de pieds, à la racine des cuisses.

A cette période appartiennent aussi des lésions d'une plus grande gravité, ce sont les affections si nombreuses de la peau, extrêmement tenaces et rebelles à tout traitement et qui présentent ce caractère particulier de se manifester surtout chez les enfants issus d'une souche neuro-arthritique.

Ce sont :

1° L'eczéma sous différentes formes, localisé ou généralisé, siégeant surtout à la face, au pourtour des oreilles, au cou, sur le dos, autour des parties génitales, de l'anus et des fesses : eczéma sec ou suintant, pouvant être extrêmement prurigineux, empêchant l'enfant de dormir et retentissant à son tour sur la nutrition générale par les perturbations dont il est cause. Cet eczéma s'infecte facilement, produisant l'eczéma impétigineux la pyodermie, les adénites suppurées.

2° L'intertrigo caractérisé par la rougeur de la peau avec sensation de cuisson intense et siégeant dans les plis de flexion des membres et dans ceux que forment les bourrelets graisseux.

3° Les prurigos rebelles, le strophulus.

Bien qu'appartenant à des périodes avancées les lésions que nous venons de signaler évoluent néanmoins en l'espace de quelques mois, il nous reste encore à dire un mot de celles qui n'apparaissent que bien plus tard lors même que l'enfant est entré dans la seconde enfance conservant cette prédisposition à toutes sortes d'affections, qu'il a acquise dès les premières semaines de la vie.

Dans cette classe rentrent :

1° La dyspepsie de la seconde enfance. Ces enfants restent de gros mangeurs, l'appétit est vicié, ils digèrent difficilement la grande quantité

d'aliments qu'ils prennent. Leurs troubles dyspeptiques s'accompagnent de lésions des viscères surtout de lésions extrêmement importantes du foie qui est hypertrophié et atteint de dégénérescence graisseuse. Ils présentent des stigmates du rachitisme. Ces enfants restent très sensibles aux moindres écarts de régime, ils sont sous la menace constante d'accidents toxialimentaires graves.

2° toutes les infections intestinales s'accompagnant de refroidissement et de collapsus périphérique.

3° L'acétonurie en général peu importante.

4° La précocité et l'importance des phénomènes nerveux, au cours d'affections quelconques, convulsions dues non à une susceptibilité plus grande du sujet mais à la rétention des poisons non détruits.

Ici encore se manifestent si importantes les lésions du foie que nous avons déjà eu à plusieurs reprises l'occasion de signaler.

Enfin à plus longue échéance encore peut-être la diathèse urique est-elle aussi un reliquat des premiers troubles de la nutrition de ces enfants.

Telle est la série des phénomènes morbides que l'on peut rattacher d'une façon plus ou moins directement à la suralimentation ; pour la plupart nous n'avons fait que les énumérer, leur descrip-

tion est bien connue, et pour quelques-uns même tels que le strophulus, les prurigos rebelles, etc., leurs relations avec une alimentation défectueuse est reconnue partout depuis longtemps.

Voici quelques observations qui ont été recueillies dans notre service à l'hôpital Héroid, et où l'on peut facilement voir le rapport intime qui existe entre les fautes de régime et l'apparition des accidents.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

TROUBLES GASTRO-INTESTINAUX CONSÉCUTIFS A UNE ALIMENTATION DÉFECTUEUSE. — INFECTION INTESTINALE SURVENUE A LA SUITE DE CONSTIPATION. — RACHITISME LÉGER.

N... Jean, âgé de 19 mois est amené par la mère pour diarrhée et vomissements qui ont débuté trois jours auparavant.

Antécédents personnels. — Enfant né à terme, élevé en nourrice au biberon avec du lait bouilli. Depuis 3 mois que la mère l'a chez elle l'enfant prend un litre de lait bouilli non coupé d'eau ; de plus, il mange toutes sortes d'aliments. Il n'avait jamais été malade jusqu'à ce moment.

Ses parents sont bien portant, ils ont un autre enfant bien portant.

La diarrhée a débuté le 17 octobre 1902 elle a été précédée de constipation pendant quelques jours. Actuellement l'enfant à cinq ou six selles par jour, très vertes couleur d'épinards, très fétides, très liquides.

Il vomit presque à chaque tétée et rend son lait tel qu'il l'a ingéré sans caillots.

Le ventre n'est pas douloureux ni ballonné.

Le thorax est rétréci, légèrement rachitique. On trouve à l'auscultation quelques râles de bronchite.

L'état général est satisfaisant. Poids 7 kilogs 820. Traitement diété. — 0.10 cent. de calomel. — Lavage de l'intestin.

Le 21 octobre. — L'enfant a eu avec les lavages deux selles diluées non colorées par la bile. — 2 lavements froids.

22 octobre. — Les selles redeviennent colorées. On, donne toutes les quatre { 40 grammes de lait.
heures un biberon de } 30 grammes d'eau lactosée

Teinture d'aloès et d'ipéca. Poids 7 kilogs 750.

23 octobre. — Une seule selle peu abondante, avec quelques grumeaux, tendant à se colorer de plus en plus en jaune.

24 octobre. — L'enfant a eu une seule selle normale.

Le même régime est continué.

25 octobre. — On donne 350 gr. de lait. — Poids 7 kil. 680.

28 octobre. — Le poids est tombé à 7 kilogs. 400, à ce moment on donne 500 gr. de lait, 1 jaune d'œuf et une bouillie. Le poids se relève d'une façon continue tous les jours; l'enfant sort le 2 nov. pesant 7 kilogs 760. Le régime n'avait plus été changé depuis 6 jours.

Il importe de remarquer dans cette observation que la perte de poids n'est pas en rapport avec les variations de l'alimentation comme le montre le résumé ci-dessous:

Du 20 au 22, deux jours de diète, 70 grammes de perte ou 35 grammes par jour.

Du 22 au 24, deux jours à 280 grammes de lait, 50 grammes de perte ou 25 grammes par jour.

Du 24 au 28, quatre jours à 280 grammes de lait 300 grammes de pertes ou 75 grammes par jour.

Du 28 au 3, six jours à 500 grammes de lait, un œuf et une bouillie.

360 grammes de gain ou 60 grammes par jour.

Il faut bien séparer la perte en poids résultant d'une alimentation insuffisante chez un enfant qui va mieux comme dans cette observation, perte à laquelle on remédie facilement en augmentant la ration, et au contraire l'amaigrissement qui se produit chez un enfant qui ne peut plus ni absorber, ni digérer et chez qui on ne fait qu'augmenter les troubles en augmentant l'alimentation.

OBSERVATION II

CACHEXIE INTENSE PAR ALIMENTATION DÉFECTUEUSE.

Louis R..., 10 mois est amené à l'hôpital parce qu'il est dans un mauvais état général, qu'il dépérit et présente des lésions très étendues d'impetigo à la face et au cuir chevelu, le 1^{er} décembre 1902:

L'aspect de l'enfant donnerait à croire qu'il n'a que cinq à six mois, il est considérablement amaigri, d'aspect vieillot. La peau est grisâtre, flasque, fait des plis quand on la pince. L'abdomen est tendu avec circulation collatérale développée. — Etat cachectique.

Antécédents héréditaires. — Nuls.

Antécédents personnels. — Convulsions à l'âge de 6 mois. La mère ayant eu un abcès du sein a nourri l'enfant au biberon dès sa naissance jusqu'à huit mois il a pris toutes les deux heures un biberon de lait stérilisé, coupé de quantités égales d'eau, environ 400 grammes de lait et 400 grammes d'eau par jour. A huit mois l'enfant est confié à une

crèche, on lui donne brusquement un litre de lait pur, tant pour sa consommation à la crèche que pour le soir chez lui. Là on lui donne à boire d'une façon très irrégulière, peut-être prenait-il des aliments avec ses parents.

D'une manière générale les renseignements fournis sont insuffisants, la mère semblant y avoir attaché peu d'importance (elle ignore s'il a eu de la diarrhée, s'il tousse, etc.).

Examen à l'entrée

Appareil digestif. — Pas de dents.

Appétit exagéré. L'enfant prend son biberon avec glou-tonnerie.

Digestion facile.

Selles : deux ou trois par jour.

Couleur : jaune.

Odeur : non mauvaise.

Consistance : un peu liquide, pas de glaires, ni de masses.

Foie : débordé les fausses côtes.

Appareil respiratoire. — Toux légère, quelques râles ronflants et sibilants dans les deux poumons, 0 : 38, 3.

Poids : 4 kilogs 960.

Le 2 décembre, on donne 350 grammes de lait et 50 grammes de lactose à répartir en 7 biberons.

L'enfant est mort le 3 décembre ayant encore perdu deux cents grammes. La température était montée à 40°.

OBSERVATION III

TROUBLES GASTRO-INTESTINAUX

Henri C..., 3 mois, entre le 17 novembre 1902 à l'hôpital Hérold, pour amaigrissement. Il est malade surtout depuis 15 jours.

Antécédents. — Enfant né à terme, nourri au sein pendant six semaines, ensuite avec du lait stérilisé à raison de cinquante grammes toutes les deux heures, le lait était coupé à moitié avec de l'eau bouillie. Il a été bien portant jusqu'au moment où a commencé cet allaitement artificiel ; à partir de cette époque, il devient grognon et crie constamment. Les fonctions intestinales sont troublées, constipation, une seule selle en vingt-quatre heures.

L'enfant commence à maigrir.

Examen à l'entrée. — Deux selles au maximum en vingt quatre heures ; peu abondantes, grisâtres, presque blanches, de consistance pâteuse, odeur fétide.

L'enfant a vomi la semaine précédente pendant une huitaine de jours, trois ou quatre fois dans la journée un liquide aqueux contenant du lait caillé.

La langue est rouge à la pointe et sur les bords, humide, pas de muguet.

Rien à la gorge.

Le ventre est gros, dur, tendu. La peau conserve les plis qu'on y forme.

La rate n'est pas grosse. Le foie normal.

Rien au cœur, ni au poumon.

L'état général est peu satisfaisant. L'enfant a maigri beaucoup dans les six derniers jours. Facies vieillot. Fontanelles déprimées ; tendance au refroidissement périphérique.

Poids : 4 kilogs 100.

0. 36° 4.

Antécédents héréditaires. — Père et mère bien portants. Un frère mort à dix mois de méningite tuberculeuse.

18 novembre. — Diète ; dix centimètres cubes de sérum artificiel, huile de ricin.

19 novembre. — Reprise de l'alimentation, 240 grammes

de lait. L'enfant n'a pas vomi. Poids stationnaire à 4 kilogs 100.

20 novembre. — Les selles se recolorent, mais restent pâteuses et conservent leur mauvaise odeur.

21 et 22 novembre. — Augmentation de poids de vingt grammes. Même état. Acétonurie.

23 novembre. — Persistance des troubles digestifs, augmentation de poids de 10 grammes.

25 novembre. — Devant la persistance des troubles intestinaux et de l'état stationnaire du poids, on modifie le régime alimentaire.

L'enfant présente des phénomènes d'intoxication
T : 38° 3.

En se basant sur la ration physiologique d'entretien, on prescrit :

240 grammes de lait.

20 grammes de sucre.

Eau. q. s. pour sept biberons.

Poids : 4 kilogs 100.

26 novembre. — La fièvre continue. T : 38° 2. Les traits sont tirés, la figure fatiguée. L'enfant a eu cinq selles abondantes, semi-liquides, décolorées, jaune verdâtre, odeur butyrique, on donne du bismuth et on maintient le même régime.

27 novembre. — Même état, l'enfant maigrit. P : 4. 080.

28 novembre. — T : 38°. Paraît moins intoxiqué. Les selles sont toujours très mauvaises, particulièrement nauséabondes.

On prescrit ; pepsine, sirop de chlorhydrophosphate de chaux, frictions au baume de Fioraventi.

29 novembre. — Les selles sont moins verdâtres, peu abondantes, semi-liquides, à odeur aigre. Amaigrissement.

P : 3 kilogs 980. Enfant glouton, demande constamment à téter. Toujours tendance au refroidissement.

On modifie le régime alimentaire. Lait 300 grammes.

Sucre 25 grammes.

Selles jaune verdâtre, peu abondantes, d'odeur fétide, de consistance pâteuse, avec des grumeaux blancs. Phénomènes d'intoxication.

T : 39°.

L'enfant tousse un peu, quelques rôles sibilants à l'auscultation.

1^{er} Décembre. — Persistance des phénomènes d'intoxication, t. 39°2.

Cependant les selles sont moins mauvaises, d'odeur moins fétide, le lait est mieux digéré.

Amaigrissement constant, P : 3 k. 930.

On modifie la ration d'entretien. Lait 350 ;

Sucre 30 grammes.

3 Décembre. — Augmentation très notable du poids 370 grammes en deux jours. L'enfant n'a eu que deux selles en vingt-quatre heures. Le ventre est très ballonné, tendu et sonore à la percussion. La fièvre persiste, l'état général est peu satisfaisant.

5 Décembre. — Amaigrissement de cent grammes, P : 4 kilogs 100. Mêmes caractères des selles, on double la quantité de sucre, 60 grammes.

6 Décembre. — Les extrémités sont glacées, malgré des bottes d'ouate, T : 37° 8.

Les selles sont un peu meilleures, jaunes plus homogènes, peu abondantes, mais encore très fétides.

7 Décembre. — Amaigrissement de cinquante grammes T : 39. P. 4 k. 050. Maintien du même régime.

9 Décembre. — Raideur des genoux. Les jambes sont constamment fléchies. Tétanie. Selles toujours pâteuses grises, fétides. Poids stationnaire.

Bains à 40°.

On diminue l'alimentation.

Lait 300 grammes.

Sucre 25 grammes.

10 Décembre. — Persistance de la tétanie. Petit abcès au sommet du crâne.

Phénomènes d'infection. Extrémités toujours refroidies. Cyanose.

11 Décembre. — Même état. Poids stationnaire. Les selles sont toujours mauvaises et ne se sont en somme pas améliorées depuis l'entrée de l'enfant à l'hôpital.

Même régime.

12 Décembre. — On augmente la quantité de sucre, 70 grammes.

13 Décembre. — Diminution très notable de la tétanie.

14 Décembre. — Plus de tétanie. Toujours un peu de fièvre.

Lait 220 grammes.

Sucre 70 grammes.

Un jaune d'œuf, dans du bouillon.

Moins de tendance au refroidissement.

15 Décembre. — Augmentation de 50 grammes P: 4 k. 100.

16 Décembre. — Moins de tendance au refroidissement périphérique. Selles verdâtres moins abondantes, pâteuses et fétides. Le jaune d'œuf est mal supporté, l'enfant éprouve des nausées ; on le supprime.

19 Décembre. — Amaigrissement P: 3 k. 950. Moins de fièvre cependant T: 37° 4 mais les selles sont toujours mauvaises.

21 Décembre. — P: 3 k. 900. Selles toujours vertes, pâteuses et fétides. Incision d'un abcès au cuir chevelu.

23 Décembre. — Etat général peu satisfaisant, facies vieillot. Amaigrissement de cent grammes.

Abcès aux fesses.

25 décembre. — Selles verdâtres peu abondantes, semi-liquides et fétides T; 37° 4.

L'amaigrissement est très visible, surtout à la face. P; 3 kilogs 650.

Infection de la peau du cuir chevelu et des fesses.

26 décembre. — L'enfant est mort à 9 heures du matin, le 26 avec de la cyanose et hypothermie.

Depuis le 17, il était nourri avec 220 grammes de lait et 70 grammes de sucre.

A l'autopsie, on a constaté la dégénérescence graisseuse du foie.

OBSERVATION IV

TROUBLES INTESTINAUX DUS A UNE ALIMENTATION EXCESSIVE.

BRONCHO-PNEUMONIE.

Henriette D.... 7 mois 1/2, est amenée à l'hôpital le 15 décembre 1902 pour de la diarrhée et surtout des vomissements. Elle a été nourrie au sein jusqu'à 4 mois; à cet âge la mère sèvre son enfant. Le sein est remplacé par du lait stérilisé. L'enfant prenait environ un demi-litre de lait chez elle pendant la nuit et à peu près autant pendant la journée, à la crèche de son quartier.

Six jours auparavant, elle a commencé à vomir et à avoir de la diarrhée.

Elle vomit presque aussitôt la tétée terminée. Elle rend, à peine cinq minutes après, son lait caillé, sans liquide séreux. Cela se renouvelle ainsi cinq ou six fois par jour.

Quatre ou cinq selles en vingt quatre heures, liquides, jaunes peu abondantes, peu fétides.

Langue sèche. Ventre peu ballonné, mais la peau est flasque, conserve les plis qu'on y imprime.

La rate, le foie sont normaux.

Appareil respiratoire. — Toux légère, quelques râles sibilants.

Rien au cœur.

Etat général. — Mauvais, l'enfant à beaucoup maigri, depuis quinze jours surtout.

T ; 37° 2.

Poids : 3.600.

Tendance au refroidissement périphérique.

L'enfant est mis à la diète.

16 décembre. — On commence à l'alimenter. On donne 100 grammes de lait et 30 grammes de sucre après avoir préalablement administré de l'huile de ricin.

17 décembre. — On trouve des râles crépitants dans la fosse sous-épineuse du côté gauche et du retentissement du cri à ce niveau.

T ; 38° 2.

Poids : 3.400.

On administre : quinine, 0.10 centigrammes ; benzoate de soude, 0.50 centigrammes.

18 décembre. — La broncho-pneumonie s'étend à tout le poumon gauche T : 39° 2.

19 décembre. — Respiration soufflante dans tout le poumon gauche. Refroidissement périphérique. Contracture

des membres supérieurs et inférieurs. Facies d'intoxiqué. Les selles sont cependant meilleures, bien jaunes, pas fétides T : 38° 6 Poids stationnaire.

21 décembre. — Persistance du souffle T : 37° 8. Augmentation de l'alimentation on donne 150 grammes de lait.

23 décembre. — L'alimentation est bien supportée. P : 3.400. Amélioration des phénomènes pulmonaires T : 37° 2.

26 décembre. — Hyperthermie centrale, T : 39. ° Intoxication générale, facies d'intoxiqué. Huile de ricin. Diète.

27 décembre. — Mauvais état général, peau flasque, ridée. Persistance du souffle dans la fosse sous-épineuse et à la base gauche.

Refroidissement périphérique. La peau tend à s'infecter, pansement au collargol, T ; 37° 8.

Amaigrissement P ; 3.300.

29 décembre. — Reprise de l'alimentation, 80 grammes de lait.

2 janvier 1903. — Très mauvais état général, facies cachectique. Refroidissement périphérique. Amaigrissement rapide. T : 37° 4. P ; 3100.

Injection de sérum artificiel.

4 janvier. — L'enfant meurt dans l'adynamie et le collapsus.

OBSERVATION V

TROUBLES GASTRO-INTESTINAUX CHEZ UN ENFANT NOURRI AU BIBERON ET PRENANT ENVIRON UN LITRE DE LAIT COUPÉ D'UN LITRE D'EAU PAR JOUR. ENTÉRITE GLAIREUSE.

Robert G..., 3 mois, entré le 6 février 1903. Malade depuis trois semaines. Il était nourri au biberon et prenait environ un litre de lait coupé d'eau par jour. Il a augmenté en poids pendant 7 à 8 jours après sa naissance puis il est resté stationnaire jusqu'aux trois dernières semaines qui ont précédé son entrée à l'hôpital et pendant cette dernière période il a maigri.

De plus, depuis ce même moment l'enfant vomit chaque fois qu'il prend du lait. Il a parfois des selles verdâtres qui contiennent des matières semblables à des grains de riz. Il crie presque continuellement et ne dort pas la nuit.

Dans ses antécédents on trouve une bronchite à la naissance.

Le père est soupçonné de syphilis.

La mère est bien portante. Ils ont eu un autre enfant qui est mort de broncho-pneumonie à 15 mois.

Examen à l'entrée. — L'enfant n'a pas vomi à l'hôpital, il a eu deux selles dont la première contenait des glaires.

Le foie et la rate sont normaux.

Rien au cœur ni au poulmon.

Aspect et état général médiocres. Bosses pariétales saillantes, voute palatine ogivale. Voussure de la partie gauche du thorax. Léger degré de scoliose lombaire à con-

cavité regardant à droite. Eruption érythémateuse à la face interne des cuisses.

Poids : 4.070 grammes. L'enfant est mis à la diète hydrique.

Le 7 février. — Suppression de la diète hydrique.

8 février. — Poids : 4.050. Lavages intestinaux. Ration physiologique de lait de vache, 240 grammes avec autant d'eau lactosée à 1/10.

10 février. — Par crainte d'intolérance de l'appareil digestif surmené par l'alimentation antérieure, on remplace le lait de vache par 340 grammes de lait de chèvre.

13 février. — Amaigrissement progressif. Poids : 4.020. L'enfant digère mal son lait. Selles pâteuses. Eruptions érythémateuses aux fesses. On donne de l'eukinase.

14 février. — Poids : 4.000. L'enfant manifeste une intolérance complète pour le lait de chèvre qu'il vomit et qu'on remplace par 250 grammes de lait de vache.

15 février. — L'enfant a encore vomi son premier biberon, tous les autres ont été absorbés. Les selles sont toujours pâteuses et glaireuses.

17 février. — Poids 3.900. Cependant l'enfant crie moins que les premiers jours. Les selles sont toujours pâteuses, glaireuses et blanches. On supprime l'eukinase qui ne semble pas avoir produit de bons résultats. On donne des lavements d'ipéca. Comme régime on donne à l'enfant 240 grammes de lait de vache (dose correspondant à son poids) additionné d'eau lactosée.

19 février. — Amélioration, l'enfant a augmenté de cinquante grammes en deux jours. Il ne vomit plus.

22 février. — Poids : 4.000. Selles meilleures, jaunes.

3 mars. — Jusqu'à ce moment, l'enfant a été en s'améliorant. Il pèse alors 4.100. On augmente sa ration d'une

quantité correspondant à son augmentation en poids, il reçoit 260 grammes de lait. Les selles sont encore un peu pâteuses. Erosions légères aux fesses.

9 mars. — Le poids reste stationnaire, l'enfant paraît moins bien, il est agité, on abaisse la quantité de lait donnée à 240 grammes.

17 mars. — En continuant absolument le même régime, le poids augmente régulièrement de jour en jour. Poids : 4.220.

18 mars. — Légère élévation de la température. T : 38°1. L'enfant est un peu agité, les selles de la nuit tirent sur le vert. Celles du matin sont jaunes et glaireuses.

21 mars. — L'enfant sort, son poids va toujours en augmentant régulièrement. Les selles sont normales. Le régime n'a pas varié depuis le 9 mars.

OBSERVATION VI

ENTÉRITE CHRONIQUE. — SELLES BLANCHES. — MYCROPOLYADÉNITE. — OTITE CHRONIQUE DOUBLE.

Jeanne T..., 8 mois, est amenée par sa mère le 7 janvier 1903 parce qu'elle dépérit et maigrit. Elle a souvent des selles blanches comme du mastic ou des selles glaireuses.

Depuis trois jours, eczéma des oreilles.

Antécédents. — Enfant né à terme. Elevée au biberon ; prenait 80 grammes de lait toutes les deux heures, à peu près 800 grammes en tout dans la journée.

Deux mois auparavant, elle a déjà eu des troubles intestinaux, diarrhée et fétidité des selles.

Pas d'autre maladie.

Antécédents héréditaires. — Père et mère bien portants, ils ont un autre garçon de deux ans et demi, bien portant.

Etat de l'enfant.

Appareil digestif. — Ventre en tromblon, étalé sur les deux flancs. Tympanisé, non douloureux.

Foie non hypertrophié. Rate normale.

L'enfant purgé dès son entrée a rendu des selles blanches absolument décolorées un peu fétides, pâteuses.

Pas de vomissement.

Rien au poumon.

Etat général. — Quelques petits signes de rachitisme. Petits ganglions dans l'aîne et dans l'aisselle. Pas de phénomènes réactionnels.

On constate de plus l'existence d'un petit écoulement séreux par les deux oreilles. Température normale. Poids 5.600.

Dès son entrée l'enfant est purgée avec de l'huile de ricin. On lui donne comme alimentation 200 grammes de lait avec 20 grammes de sucre additionnés d'eau pour 7 biberons.

Le 13 Janvier. — Les selles sont encore blanches, grasses, non digérées, fétides P. 4.600.

15 janvier. — Les selles deviennent meilleures, de couleur jaune d'or, peu liquides, tendent plutôt à devenir solides.

18 janvier. — Les troubles intestinaux ont complètement disparu.

On rend l'enfant à sa famille, P : 4.600.

Des conditions dans lesquelles se produisent les accidents.

Le rôle des crêches.

Voici donc six observations dans lesquelles se retrouve l'histoire des faits que nous avons étudiés précédemment. Les cas de troubles dyspeptiques qui se sont présentés dans notre service sont très nombreux, ils se présentent tous de la même façon ; d'ailleurs, un certain nombre d'entre eux sont encore rapportés dans un autre travail ayant pour but d'étudier la façon dont on peut établir la ration alimentaire normale du nourrisson (1). Comment dans ceux que nous relatons ici peut-on trouver le lien qui rattache les accidents aux fautes commises dans l'alimentation des enfants ? et dans quelles circonstances se sont produits ces accidents ?

Les observations V et VI des jeunes Robert G. et Jeanne T. ont trait à des enfants qui ont été suralimentés dès leur naissance ; ils font partie de ceux chez qui l'intestin s'est peu à peu habitué à la suralimentation, ce sont eux qui passent par la période d'embonpoint et d'engraissement pendant laquelle leurs parents sont très satisfaits de leur

1. Barbier. *Rapport sur la ration alimentaire du nourrisson*. Société de thérapeutique.

état, heureux de leur augmentation trop rapide. L'intolérance ne s'est manifestée que plus tard, ils ont eu d'abord des périodes alternantes de bonne santé, puis de maladie, leur poids est devenu stationnaire ; enfin, ils se sont mis à maigrir quelque temps avant qu'on ne nous les apportât à l'hôpital.

L'observation n° 3 du petit Henri C... est plus frappante, il a été nourri au sein pendant un mois et demi, durant ce laps de temps où il a pris à sa mère le lait convenable à son âge en qualité et en quantité il s'est bien porté et c'est immédiatement lorsqu'il est mis au biberon qu'il commence à maigrir.

Ces conditions se retrouvent les mêmes de point en point pour l'observation II d'un enfant de 10 mois qui pèse trois kilogs et demi de moins que le poids de son âge, il a été nourri au biberon mais d'une façon régulière jusqu'à huit mois. A ce moment, il a été confié à une crèche où on lui donne brusquement un litre de lait par jour et les accidents apparaissent aussitôt.

Nouveau cas semblable pour l'observation n° 4. Enfant nourri au sein et bien portant jusqu'à quatre mois, sevré et mis à la crèche, à ce moment, les accidents ont débuté aussitôt.

Enfin la première observation a trait à un enfant qui a été nourri au biberon d'une façon régulière

pendant un an et demi, puis il a été repris de nourrice à ce moment par ses parents qui se sont mis tout d'un coup à lui faire partager leurs aliments ; chez lui, pourtant, les accidents n'ont commencé que trois mois après qu'il a été mis à ce régime.

CONCLUSIONS

Il y a donc bien deux classes d'enfants suralimentés, la première, dans laquelle rentrent les enfants des observations V et VI renferme plutôt les enfants nourris dans leur famille par une nourrice mercenaire qui est heureuse de faire voir que son nourrisson engraisse vite et le fait téter le plus possible, faute d'autant plus grande que souvent son propre enfant étant plus âgé que le nourrisson elle donne à celui-ci un lait plus difficile à digérer pour lui, trop riche pour lui, ce qui augmente encore par conséquent la quantité supplémentaire d'aliments.

Mais là n'est pas le cas pour les enfants que nous avons vus à l'hôpital ou du moins pour la plupart d'entre eux.

Ceux-ci ne passent pas en général par la phase de tolérance, ce sont des enfants qui sont mis brusquement à une alimentation immodérée par le biberon après avoir été nourris au sein pendant quelque temps, et ils arrivent vite à la période d'amaigrissement.

Leur histoire peut se résumer de la façon suivante : La mère a gardé son enfant chez elle plus

ou moins longtemps après ses couches, à ce moment elle l'a nourri elle-même et il était bien portant, puis elle se trouve obligée d'aller travailler au dehors, l'enfant est alors confié à la crèche de son quartier, là il reçoit, comme nous l'avons montré, des quantités immodérées de lait de vache ; le soir en rentrant, la mère ignorant ce que son enfant a pris dans la journée, lui donne encore soit le sein, soit du lait stérilisé, soit même des aliments solides, la nuit, elle lui donne encore à boire chaque fois qu'il se réveille pour l'empêcher de crier, et voilà un enfant qui s'était jusque là bien porté, chez qui les accidents de la suralimentation ne tardent pas à apparaître et à se manifester par un amaigrissement rapide. Ainsi, quelque louable que soit l'intention dans laquelle ont été instituées les crèches, il apparaît bien que ce régime est en partie responsable des accidents que l'on a à constater ; ce qu'il faudrait c'est que chaque mère reçut chez elle des secours suffisants pour qu'elle n'ait pas besoin d'aller travailler au dehors et qu'elle puisse elle-même nourrir son enfant au sein.

Vu le : Président de la thèse,

CHANTEMESSE

Vu : le Doyen

DEBOVE

Vu et permis d'imprimer :
le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

LIARD

LISTE DES OUVRAGES CITÉS

- BARBIER. — Rapport à la société de thérapeutique sur la ration alimentaire du nourrisson.
- GAUTHIER. — Chimie biologique.
- KNOPFELMACHER. — Centralblatt für innere medicin, 1899.
- LAMBLIN. — Article nutrition. In traité de pathologie générale de Bouchard.
- MAUREL. — Diarrhée expérimentale de suralimentation. Congrès de Paris, 1900.
- Hygiène alimentaire du nourrisson.
- MARFAN. — Traité de l'allaitement.
- MUNCK ET EWALD. — Traité de diététique.